

## 研究方法としてのナラティブ・アプローチ

野口裕二\*

Narrative Approach as Research Method

Yuji Noguchi

Tokyo Gakugei University

キーワード

ナラティブ narrative

ケア care

質的研究 qualitative research

### I. はじめに

ナラティブ・アプローチは新しい臨床実践の方法として注目されることが多いが、臨床研究の方法としても独自の意義をもっている。しかしながら、それはいまだひとつの研究方法としては十分確立しておらず、理論的、方法的な混乱も生まれているように思われる。本報告では、この問題について若干の整理をおこない、今後の方向性を展望したい。

### II. ナラティブの概念

この問題を考えるとき、当然のことながら、「ナラティブ」をどのようなものとしてとらえるかが議論の出発点となる。ナラティブという言葉には、「物語」と「語り」という二つの意味が含まれている。この二つの意味を含む適切な日本語がないために、「ナラティブ」という外来語がそのまま用いられている。「物語」は二つ以上の出

---

\*東京学芸大学教育学部

来事を時間軸上に配列したものを指し、「語り」はそれが実際に語られたものを指す。患者の語ったことすべてが「ナラティブ」ではなく、それらのうち二つ以上の出来事をつないだものが「ナラティブ」である。したがって、ある時点での感情や意見を表明した言葉はそれだけでは「ナラティブ」とは呼べない。それが具体的な出来事の展開とセットで語られるとき「ナラティブ」と呼ぶことができる。

以上の説明は、ナラティブと呼びうるための最低要件を示したものであるが、さらに基準を厳しくすることもできる。Flick (2002) は、ナラティブには「3重の拘束」があるという。その第1は、「形態を閉じるための拘束」で、「語り手はいったん始めた物語が完結するように終わりまで語り続けることになる」。第2は、「濃縮のための拘束」で、経過を理解するために必要なものだけが話される。第3は、「詳述のための拘束」で、「ストーリーの理解に必要な背景情報と脈絡が述べられる」。これら3つの要件は、「物語」が一般にもつ特徴を示すもので、それぞれ、「完結性」、「取捨選択性」、「文脈性」と言い換えることができる。あるナラティブがこれら3つの要件を満たすとき、それは「物語」としての特徴を備えているといえる。

では、このような形式をもつナラティブがなぜいま注目されるようになったのか。それは、ナラティブの反対概念を考えてみるとわかりやすい。ナラティブの反対概念（のひとつ）として、「セオリー」という言葉をあげることができる。具体的で個別的な時空を超えて一般的に妥当する言明をわれわれはセオリーと呼ぶ。たとえば、「セオリーではここは送りバントなのだが、あえて強攻策に出た」というように、われわれはセオリーと具体的な出来事を区別する。具体性や個性を抹消した一般的言明がセオリーであり、ナラティブは逆に具体性、個性を要件として成立する（野口，2005）。

いうまでもなく、近代科学はこのような意味でのセオリーを探求することを目標として多くの成果をあげてきた。しかし一方で、科学の発展とともにセオリーではうまく把握できない領域、あるいは、セオリーによる分析がなじまない領域があることも次第に明らかになってきた。そのひとつが臨床の領域である。たとえば、「なぜ、自分はこのような病気になってしまったのか」という問いに対して、セオリーは十分に答えることができない。もちろん、生物医学的な原因やメカニズムについて説明することはできる。しかし、「なぜ、ほかならぬ私でなければならなかったのか」という問いに答えることはできない。なぜなら、この問いは、生物医学的世界ではなくわれわれが生きる意味世界のなかで生じているからである。このとき、われわれはナラティブな理解と説明を必要としている。

### Ⅲ. 客観的データ収集の困難

ナラティブを以上のようなものとしてとらえたうえで、次に、臨床研究の過程で遭遇する問題について考えてみよう。臨床的ナラティブ・アプローチという、患者のナラティブをなんらかのかたちで収集してそれを分析するというやり方がまず思い浮かぶかもしれない。しかし、この方法にはいくつかの困難が待ち受けている。ひとつは、ナラティブがどのように収集されるのかという問題である。

ナラティブの具体的な内容は、どのような場で、どのような関係にあるひとが、どのような聞き方をするかによって変わってくる。構造化された質問と異なり、何をどう語るかが患者にまかされている。もちろん、おおまかな方向性を指示することはできる。たとえば、「あなたの病気について、お話を聞かせてくれませんか」といった質問をすることによって、「病気」というテーマは設定される。しかし、設定はそこまでである。その後の展開は患者にまかされており、どのような場で、どのような聞き手がどう聞くかによって、ナラティブのありようは変わってくる。この特徴は「客観的データ収集の困難」と呼ぶことができる（野口、2003）。

たとえば、聞き手が、医師なのか、看護師なのか、ソーシャルワーカーなのかによって、どこに話の焦点が置かれるのかが変わってくる。また、職種の違いだけでなく、それを聞くひとの年齢や性別によっても影響される。年配の患者が若い医療者に語る時と、同年配の医療者に語る時では当然、語り口が違って来るであろう。さらに、その医療者と患者がそれまでにどのような人間関係を築いてきたかが決定的な影響を及ぼす。その相手に聞いてほしいと思うか思わないかによって、ナラティブの内容と展開は大きく変わってくるはずである。

つまり、ナラティブは、いくら細心の注意を払っても、いわゆる客観的で中立的なデータとなりえない。医療の現場で採取されるデータが、原則として、正しい手続きさえふめば誰が採取しても同じデータ、客観的で中立的なデータになるのと大違いである。誰が採血するかによって血液の成分が変わることはないかと仮定できるが、ナラティブはそのように仮定することができない。

さらに注意が必要なのは、患者と良好な関係を築いてきた聞き手に語られたナラティブが、そうでない聞き手に語られたナラティブよりも信頼性が高いとはいえない点である。常識的にはそのように思いたくなる。しかし、良好な関係であるからこそ、語りにくいこともあるし、語れないこともある。つまり、何をどのように語るかは相

手との関係性によってそのつど取捨選択されるのであって、データの信頼性とは別の問題だといえる。

以上のような前提に立つとき、収集されたナラティブを一体どう扱えばよいのかという問題が生じる。ある患者のナラティブから何かを読み取れたとしても、同じ患者が別のひとに語ったナラティブからはそれが読み取れないということが起こりうる。そうすると、データとしての信頼性が揺らいでくる。

この問題を乗り越えるひとつの方法は、そのデータが収集された状況を詳細に描き出すことである。どのような場で、どのような関係にあるひとが、どのような聞き方をしたのかを詳細に記述する。そうすることで、患者のナラティブがどのように発生したのかを理解することができる。このことは、患者のナラティブをデータとして扱うのではなく、患者と聞き手の相互作用のプロセスをデータとして扱うことを意味する。ナラティブはそれを語った個人に属するのではなく、それを語ったひとと聞いたひとの共同制作の産物であると考える。ナラティブ・アプローチはこのような発想の転換を要請する。

#### IV. データ収集とケアの分離の困難

ナラティブの臨床的研究においてもう一点注意を要するのは、ナラティブはそれ自体、治療的・反治療的、ケア的・反ケア的效果をもつという点である。ナラティブ・セラピーが発見したのはまさにこのことだった (McNamee & Gergen, 1992, 野口, 2002)。この前提に立つと、従来の実証主義的前提が成り立たなくなる。データ収集の段階と治療やケアの段階が区別できなくなるからである。この問題は、「データ収集とケアの分離の困難」と呼ぶことができる (野口, 2003)。

一般に、医学的なデータ収集はそれ自体、病気の進行に影響を与えないという前提のもとでおこなわれる。たとえば、各種の検査はそれ自体患者の容態を悪化させることはないからこそ実施できる。しかし、ナラティブというデータは、それがどのように語られるのかによって、患者の生きる世界に大きな影響を及ぼす可能性がある。たとえば、絶望的なナラティブが語られるとき、患者の生きる現実はより一層絶望的なものとして存在するようになる可能性があるし、希望的なナラティブが語られれば、その希望はより一層確かなものとなる可能性がある。

このように言うと、その患者がそもそも絶望的なのか希望的なのか重要なので

あって、それがどう語られるかは二の次ではないかといった疑問が生ずるかもしれない。たしかに、そう考えられる場合もある。しかし一方で、そうは考えられない場合もある。われわれは、他者に自分を語るなかで、自分の生きている世界を整理し意味づけ了解可能なものになっている。したがって、自分の病気をそのように語ったという事実が、絶望や希望をより確かで動かしたいものにしてしまうことも十分ありうるのである。

以上の前提に立つと、データ収集という作業それ自体がきわめてデリケートなものとして見えてくる。通常の実証研究のように、データを収集し、分析し、その結果を臨床に生かすという図式が成り立たない。どのような注意をはらってデータ収集をすればよいのかという問題に直面する。

この問題を乗り越えるひとつの方法は、研究者が患者からデータを収集するという前提から離れることである。研究者だからといって中立的な立場に徹することができないのであれば、もはやそのような前提を維持することはできない。患者とともに人んらかの現実を構成していかざるをえない存在として自らを位置づける以外に手はない。つまり、観察者として自らを位置づけるのではなく、治療者として自らを位置づけるのでもなく、自らを現実の共同制作者と位置づけ、その結果もまた共同で引き受けるというスタンスが要請される。

「観察者と被観察者」、「治療者と患者」という非対称的な関係ではなく、共同で何かを生み出す対称的な関係に立つ。このとき、患者は研究の対象者ではなく「共同研究者」として存在するようになるはずである。ナラティブ・アプローチはこのような研究スタイルを要請している。患者のナラティブを分析して何かを見出すのではなく、ナラティブな関係を患者と作り出すこと、ナラティブ・アプローチは研究者のあり方自体に大きな変更を迫っている。

## V. おわりに

以上、研究方法としてのナラティブ・アプローチについて論じてきた。ナラティブ・アプローチは、単に、患者のナラティブに注目してそれを分析する方法をさすのではなく、ナラティブという形式を手がかりに臨床的現実を理解する方法をさしている。そして、ナラティブの共同的な生成プロセスに注意を払うとき、従来の実証主義的前提とは異なる考え方が必要になってくる。

ただし、ナラティブ・アプローチが進むべき方向が、これまで論じてきたような方向に限定されるべきだと主張するつもりはない。ナラティブをキーワードとする研究のスタイルにはほかにもさまざまな可能性がありうるだろう。しかし、どのような方法をとるにせよ、ナラティブがもつ独特の性質を無視することはできない。その性質をどうとらえ、それにどう配慮するか、ナラティブ・アプローチの今後の展開の可能性はそこにかかっているように思われる。

#### 文献

- 1) Flick, U. (2002) *An Introduction to Qualitative Research, Second Edition*. Sage. 小田博志他訳, 質的研究入門. 春秋社 (2002).
- 2) McNamee, S. & Gergen, K. J. eds. (1992) *Therapy as social construction*. Sage. 野口裕二・野村直樹訳, ナラティブ・セラピー 社会構成主義の実践. 金剛出版 (1997).
- 3) 野口裕二 (2002) : 物語としてのケア. 医学書院.
- 4) 野口裕二 (2003) : 臨床研究におけるナラティブ・アプローチ. 看護研究, 36巻 5号.
- 5) 野口裕二 (2005) : ナラティブの臨床社会学. 勁草書房.